

Sekundärpreventionsmottagning, kriterier och innehåll

Innehållsförteckning

<i>Innehållsförteckning</i> _____	1
<i>Förändringar sedan föregående version</i> _____	2
<i>Bakgrund och syfte</i> _____	2
<i>Förutsättningar</i> _____	2
<i>Arbetsbeskrivning</i> _____	2
Sekundärpreventionsmottagningen _____	2
Administration _____	3
Första besöket _____	4
Andra besöket _____	5
Tredje besöket _____	6
Fjärde besöket _____	7
Överlämning till primärvård _____	7
Hjärtskola, sjukhusbaserad _____	8
Hjärtskola, digital _____	9
Hantering av riskfaktorer, ev ytterligare uppföljning / besök som kan bli aktuella _____	9
<i>Relaterad information</i> _____	12
<i>Arbetsgrupp</i> _____	12

Förändringar sedan föregående version

Uppdaterat med nya länkar till relaterade dokument.

Bakgrund och syfte

Rutinen syftar till att ge en enhetlig vård samt dokumentation* baserad på kunskap, erfarenhet och forskningsresultat. Att systematisera och effektivisera omvårdnadsarbetet och säkerställa patientens vård och omhändertagande på ett optimalt sätt, minska risken att fel och brister uppstår samt att underlätta introduktionen av nya medarbetare.

Rutinens huvudsyfte är att *samtliga* patienter som är i behov av sekundärprevention får god vård med bra tillgänglighet, anpassat till patientens behov. På vår mottagning arbetar vi personcentrerat.

*Dokumentationen beskrivs i ett separat dokument

Förutsättningar

Patienter som har vårdats för AKS, akut koronart syndrom (STEMI, NSTEMI eller instabil angina) samt patienter med dokumenterad koronarsjukdom/stabil angina pectoris som bedöms kunna ha nytta av sekundärpreventiva åtgärder skall erbjudas uppföljning på sekundärpreventionsmottagningen.

Patienterna remitteras till sekundärpreventionsmottagningen av behandlande läkare vid utskrivning efter vårdtillfälle för AKS. Patient med stabil angina remitteras till sekundärpreventionsmottagningen efter vårdtillfälle för koronarangiografi / PCI eller vid öppenvårdsbesök.

Arbetsbeskrivning

Sekundärpreventionsmottagningen

Sekundärpreventionsmottagningen är en teammottagning som består av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, dietist, kurator och sekreterare.

Sekundärprevention inkluderar:

- Information om koronarsjukdom
- Läkemedelsbehandling
- Livsstilsrådgivning
- Fysisk aktivitet
- Stopp för tobaksbruk

Patientbesöken är baserade på besök hos sjuksköterska/specialistsjuksköterska inom hjärtsjukvård och läkare. Läkare finns tillgänglig för medicinska och andra frågor från övriga personalkategorier i sekundärpreventionsteamet.

Sekundärpreventionsteamet sammanträder regelbundet i behandlingskonferens där patientfall och strategier för att uppnå behandlingsmål diskuteras. Därutöver hålls en sekundärpreventionsrond regelbundet varje vecka.

Varje patient får en rehabplan som bas. Den består av:

- Ett första besök till sjuksköterska efter 1-2 veckor
- Läkarbesök efter 6-8 veckor
- Sjuksköterskebesök efter 6 månader och 12 månader.
- Alla patienter blir erbjudna att delta i en sjukhusbaserad hjärtskola och digital hjärtskola.
- Fysioterapin erbjuder individuella cykeltest och fysisk träning.

Ytterligare besök efter individuella behov.

Administration

- Utskrivande läkare identifierar patient som är i behov sekundärprevention och dokumenterar det i slutanteckningen. Skrivande sekreterare säkerställer att planeringsunderlag för första besöket (ssk besök 2v) och andra besöket (läkarbesök 6-8 v) läggs upp i ELVIS då patienten går hem från slutenvården SU/Möln dal.
- Läkare på mottagningen tar emot och bedömer remisser för patienter som vårdats av annan vårdgivare inom eller utom SU och meddelar ansvarig sjuksköterska på mottagningen.

- När ansvarig sjuksköterska på mottagningen får vetskap om remissen, säkerställer hon att planeringsunderlag läggs upp i ELVIS för kommande sjuksköterskebesök.
- Sekreterare på mottagningen säkerställer att patienten kallas till läkarbesöket 6-8 veckor. ”Sephia 1” besök för patienter med NSTEMI/STEMI och ålder < 80 år.
- Sjuksköterska säkerställer att planeringsunderlag för de följande sjuksköterskebaserade besöken (6 mån + 12 mån) läggs upp i ELVIS.
- Patienten kallas sedan av sjuksköterska när måldatum närmar sig.
- Fjärde besöket som sker ca 1 år (Sephia fönster månad 11-13), efter utskrivning/mottagande av remiss, bör kallas så tidigt i fönstret som möjligt, dvs ca efter 11 månader, för att vi skall hinna hjälpa patienten att nå de sekundärpreventiva målen innan utremittering till primärvården.

Första besöket

Mottagningsbesök hos sjuksköterska 1-2 veckor efter utskrivning/mottagande av remiss.

Använd material från ”röda mappen”: [Rehabiliteringsplan](#), [Sjukdomsutveckling och behandling vid hjärtinfarkt](#).

Börja fyll i patientens [Hälsokort](#). Hälsokortet kompletteras under efterföljande besök. Samt dela ut [Information om levnadsvanor vid hjärtkärlsjukdom](#) samt ev annan, för patienten, aktuell skriftlig information.

- Information om kranskärlssjukdom samt riskfaktorer
- Information om livsstilsförändring mot bättre hjärthälsa
- Information om hjärtskola (i fysisk och digital form), individuellt cykeltest på fysioterapin. Meddela sekreterare för kallelse till hjärtskolan, Meddela fysioterapin för individuellt cykeltest, träning och access till digitala hjärtskolan.
- Patientens hälsohistoria

- Hälsa- och psykosocialt nuläge. Finns behov av kuratorskontakt, meddela kurator.
- Kontroll av sjukskrivning. Informera om möjligheten till förebyggade sjukpenning. Kurator kan ge mer information. Läkare måste skriva intyg.
- Genomgång av medicinlista, läkemedlens verkan och biverkningar
- Kontroll av blodtryck, puls, EKG, vikt, längd, BMI, midjemått, bröstsmärta, andning, ödem, yrsel
- Insticksställe efter PCI alt operationsärr efter CABG
- Vid *misstanke om pseudoaneurysm*, kontakta läkare på mottagningen alt utskrivande specialist på avdelningen, som får göra en bedömning och sedan ev skriva en remiss för ultraljud på röntgen. Lägg ett kompressionförband vid behov.
- Medicinjustering mot målvärde gällande blodtryck se särskild rutin [Läkemedelstitrering av blodtrycksrelaterade läkemedel för sjuksköterskor med delegering, Medicinmottagningen Mölndal hjärtsektion.pdf](#)
- Vid nyinsättning eller dosjustering av ACE/ARB kontroll av Na K Krea och samt andra prover vid behov.
- Om faste Pglukos 6,1-6,9mmol/L och/eller HbA1c 42-47mmol/L, boka in patienten för ett oralt glukosbelastningstest (OGTT). Resultatet av OGTT tas upp och diskuteras på läkarbesöket, se särskild rutin [Glukosbelastning vid akut kranskärlssjukdom.pdf](#)

Andra besöket

Se även särskild rutin [Arbetsbeskrivning eftervårdsmottagning läkare, sekundärprevention.pdf](#)

Mottagningsbesök hos läkare 6-8 veckor efter utskrivning/mottagande av remiss

- Hälsa- och psykosocialt nuläge
- Genomgång av medicinlista, läkemedlens verkan samt biverkningar

- Kontroll av blodtryck, puls, EKG, vikt, bröstsmärta, andning, ödem
- Kontroll av lab prover enl rutin: Hb LPK TPK Na K Krea ASAT ALAT lipidstatus, fp-glukos, HbA1c.
- Ta ställning till resultat av OGTT (oralt glukosbelastningstest) om det är gjort. Sätt in behandling vid behov. Skicka remiss till primärvården för uppföljning av prediabetes eller diabetes.
- Övriga prover vb
- Medicinjustering mot målvärde gällande blodtryck och lipider

Sephia 1 formulär (lämnas ut av personal i samband med besök) för patienter <80 år som finns i Sephia-registret.

Tredje besöket

Mottagningsbesök hos sjuksköterska 6 månader efter utskrivning/mottagande av remiss

- Genomgång / information om kranskärslsjukdom samt riskfaktorer
- Genomgång / information om livsstilsförändring mot bättre hjärthälsa
- Har patienten deltagit i hjärtskola (i fysisk och digital form), om inte och intresse finns – anmäl patienten till hjärtskolan.
- Hälsa- och psykosocialt nuläge
- Genomgång av medicinlista, läkemedlens verkan och biverkningar
- Kontroll av blodtryck, puls, bröstsmärta, andning, ödem, vikt, längd, BMI, midjemått
- EKG vb
- Lipidstatus
- Medicinjustering mot målvärde gällande blodtryck och lipider enligt särskild [Läkemedelstitrering av blodtrycksrelaterade läkemedel för sjuksköterskor med delegering. Medicinmottagningen Mölndal hjärtsektion.pdf](#)
- Vid nyinsättning eller dosjustering av ACE/ARB kontroll av Na K Krea samt andra prover vid behov.

- Vid nyinsättning eller dosjustering av lipidsänkande läkemedel, kontroll av lipider och leverstatus efter 4-6veckor. Följ rutin [Läkemedelstitrering av lipidsänkande läkemedel för sjuksköterskor med delegering, Medicinmottagning Mölndal Hjärtsektionen.pdf](#)
- Genomgång av alkoholvanor och AUDIT enkäten

Fjärde besöket

Mottagningsbesök hos sjuksköterska ett år efter utskrivning/mottagande av remiss.

- Hälsa- och psykosocialt nuläge
- Genomgång / information om riskfaktorer och livsstilsförändring mot bättre hjärthälsa
- Genomgång av medicinlista, läkemedlens verkan samt biverkningar
- Kontroll av blodtryck, puls, EKG, vikt, längd, BMI, midjemått, bröstsmärta, andning, ödem.
- Lab prover enl rutin: Hb LPK TPK Na K Krea ASAT ALAT lipidstatus, fp-glukos, HbA1c.
- Om OGTT utförts under året, ta ställning till om det behöver kontrolleras igen.
- Genomgång av Sephia 2 frågeformulär för patienter som är <80 år och finns registrerade i Sephia-registret.

Efter detta besök görs ställningstagande till utremittering till primärvården.

Det är i första hand PAL och i andra hand ansvarig läkare på mottagningen som skriver remiss till vårdcentralen för utremittering, vg [se färdig mall](#).

Överlämning till primärvård

I samband med avslut från centerbaserad hjärtrehabilitering och överlämnande till primärvården bör följande poängteras:

- Aktuellt och tidigare tobaksbruk, och för tobaksanvändare eventuella åtgärder som genomförts under uppföljningen.
- Patientens aktuella fysiska kapacitet och rekommendationer om fortsatt fysisk träning.
- Individuella målvärden för LDL-kolesterol, blodtryck och i relevanta fall glukos/HbA1c samt i vilken grad dessa målvärden uppnåtts.
- BMI och midjemått samt hur bra patienten lyckats uppnå eller bibehålla sina mål.
- Eventuella interventioner och uppnådda resultat i strävan mot hälsosammare matvanor.
- Uppgift om insatta läkemedel samt planering för exempelvis utsättning av eller fortsatt behandling av trombocythämmare.
- Eventuella avsteg från rekommenderad behandling.
- Uppgift om andra planerade eller önskvärda åtgärder som kan utföras i primärvården.

Samtidigt som ett individualiserat förhållningssätt, där patientens personliga hälsomål beaktas, bör ligga till grund för författande av remiss till primärvården, kan en standardiserad/vägledande mall för överlämnandet vara till nytta, så att inga komponenter glöms bort.

Använd gärna våra färdiga minnesmallar.

Hjärtskola, sjukhusbaserad

Alla patienter och anhöriga erbjuds att delta i den sjukhusbaserade hjärtskolan.

Hjärtskolan är uppdelad i del 1 och del 2.

Del 1 informera läkare, fysioterapeut och representant från patientföreningen Riksförbundet HjärtLung.

Del 2 informerar kurator och dietist.

Lokal: Konferensrummet T9. Tid onsdagar ojämn vecka kl 13.15 - 15.30.

Sekreterare kallar patient till Hjärtskolan. Bokar även föreläsare inför varje termin.

Hjärtskola, digital

Alla patienter erbjuds access till digitala hjärtskolan. Detta sköts av ansvariga fysioterapeuter.

Hantering av riskfaktorer, eventuell ytterligare uppföljning som kan bli aktuell

Vid tobaksanvändning

MÅL: Rökstopp har högsta prioritering för personer som röker!

Vid första kontakt följs tobaksavvänjningsåtgärder, som initierats under vårdtiden, systematiskt upp.

Remiss till sjuksköterska på tobakspreventiva mottagningen, avd 238, som sedan lägger upp en plan tillsammans med patienten. Alternativt kontakt med tobakspreventiva mottagningen SU/S

Vid riskfylld alkoholkonsumtion

MÅL: Konsumtion av alkoholhaltiga drycker bör inte överstiga 100g/vecka, vilket innebär inte mer än 1 standardglas (ca 8-14g alkohol) per dag.

Kartläggning av alkoholvanor ingår i det sekundärpreventiva arbetet.

Enkät Audit vid 6 månadersuppföljningen AKS till ssk.

Vid riskbruk/skadligt bruk av alkohol, remitteras patienterna till enheter med specialistkompetens / till vårdcentralen.

Vid nedsatt psykisk hälsa

Vi frågar om psykisk hälsa, stress på arbete, hemmaplan och vad gäller relationer. Eventuella krisreaktioner efter hjärthändelsen följs upp.

Vi uppmuntrar patienter med oro och nedstämdhet att delta i fysisk träning inom hjärtrehabilitering.

Vid psykisk ohälsa erbjuds patienter kontakt med kurator.

Vi kopplar in kurator för praktisk hjälp och rådgivning i psykosociala frågor som rör bland annat stöd från kommun, ekonomi, boende och sysselsättning.

Patienter som är i arbete erbjuds "Läkarutlåtande för förebyggande sjukpenning" för att kunna ha möjlighet till att delta i hjärtrehabiliteringsprogram.

Vid förhöjt blodtryck

MÅL: <130/<80 för personer <70 år och <140/<80 för personer ≥70 år

Blodtryck bör kontrolleras vid varje besök hos sjuksköterska och läkare. Det är viktigt att blodtrycksmätningen görs på ett standardiserat sätt för att undvika variationer mellan olika mätningar.

Se särskild Rutin för [Läkemedelstitrering av blodtrycksrelaterade läkemedel för sjuksköterskor med delegering, Medicinmottagningen Mölndal hjärtsektion.pdf](#)

Vid förhöjda lipider

MÅL: Primärt behandlingsmål: LDL <1,4 mmol/L och minst 50% sänkning från ett obehandlat värde.

Generella regeln är ju lägre desto bättre. Sänk därför inte dosen statin eller ta bort ezetimib även om patienten ligger <1,4 mmol/L.

Sekundärt behandlingsmål: Triglycerider <1,7 mmol/L och Non-HDL <2,2 mmol/L

Lipider och leverstatus kontrolleras inför läkarbesöket 6-8 veckor efter utskrivning. Om målen inte uppnås med statin i högsta tolererbara dos, överväg tillägg med ezetimib om detta inte redan är insatt.

Lipidstatus och leverstatus kontrolleras 4-6 veckor efter insättning eller dosjustering av lipidsänkande läkemedel.

Följ särskild Läkemedelstitrering av lipidsänkande läkemedel för sjuksköterskor med delegering, Medicinmottagning Mölndal Hjärtsektionen.pdf

Vid misstänkt prediabetes eller nyupptäckt diabetes mellitus

MÅL: (Ej diabetes) HbA1c <42 mmol/mol eller (vid diabetes) HbA1c 53-69 mmol/mol

Generellt behandlingsmål för patienter med diabetes och samtidig kranskärslsjukdom är HbA1c <53 mmol/L, 53-69 mmol/L för sköra/äldre.

Fasteblodsocker och HbA1c kontrolleras regelbundet.

Vid fasteblodsocker 6,1-6,9 mmol/L och/eller HbA1c 42-47 mmol/L utförs oralt glukosbelastningstest (OGTT). Se särskild rutin Glukosbelastning vid akut kranskärslsjukdom.pdf

PAL eller ansvarig läkare initierar behandling med GLP1 eller SGLT2 hämmare för att minimera fördröjning av behandlingsstart samt remiss till primärvården för uppföljning alternativt skriver remiss till primärvården för uppföljning och ställningstagande till GLP1 eller SGLT2 hämmare.

Vid övervikt eller undervikt

MÅL: * Midjemått (cm) Män Önskvärt <94 och ökad risk ≥102

Kvinnor Önskvärt <80 och ökad risk ≥88

*** BMI (kg/m²) 18,5-24,9 och ökad risk ≥30,0**

Patienter med normalt BMI och midjemått uppmuntras till att behålla sin kroppsvikt, medan patienter med övervikt, fetma och / eller bukfetma uppmuntras till viktneidgång.

Vid undervikt skrivs remiss till dietist.

Vid kraftig övervikt/fetma med BMI ≥ till obesitasmottagningen eller till VC.

Vid fysisk inaktivitet

MÅL: Ökad fysisk aktivitet och minskad stillasittande tid

Pulshöjande fysisk aktivitet 150-300 min på måttlig intensitet eller 75-150 min på hög intensitet per vecka. Aktivitet på måttlig och hög intensitet kan kombineras. Aktiviteten bör spridas över veckan och behöver inte vara sammanhängande.

* Konditionsträning minst 3 ggr / vecka som utförs sammanhängande under 30-60 min per tillfälle på måttlig till hög intensitet (vanligen 70-95% av HF max; Borg RPE 14-17)

* Styrketräning minst 2 ggr / vecka 8-10 övningar i 1-3 set 10-15 repetitioner

All stillasittande tid bör begränsas.

Fysisk träning inom hjärtrehabilitering

Om patienten inte fått kontakt med Fysioterapin ang Hjärtskola, lämna meddelande till Fysioterapin, Hjärtrehab

Vid misstänkt obstruktiv sömnapné

Kraftigt ökat förekommande bland patienter med hjärtkärlsjukdom, speciellt om patienten också har:

- Diabetes
- Hjärtsvikt
- Förmaksflimmer
- Svårbehandlat blodtryck
- Övervikt (bukfetma)

I dessa fall var frikostig med utredning (sömnregistrering). Kontakta ansvarig läkare för ställningstagande till ev remiss till Sömnlabb.

Relaterad information

Rutinen är utarbetad efter befintlig rutin

Sekundärpreventionsmottagning, kriterier och innehåll från 23-03-13 för Verksamhet Kardiologi SU/Sahlgrenska samt Riktlinje för sekundärprevention vid kranskärlssjukdom – centerbaserad hjärtrehabilitering, fas 2, Nationellt programområde för hjärt- och kärlsjukdomar 2022-03-30

Arbetsgrupp

Pia Eriksson de Luca, sjuksköterska Medicinmottagning Mölndal

Hjärtteam

Susanna Thomsson, sjuksköterska Medicinmottagning Mölndal

Hjärtteam

Josefin Romskaug, sjuksköterska Medicinmottagning Mölndal

Hjärtteam

Lena Garplid, sjuksköterska Medicinmottagning Mölndal Hjärtteam

Elin Axelsson, överläkare Medicin geriatrik och akutsjukvård Mölndal

Magnus Lans, överläkare Medicin geriatrik och akutsjukvård Mölndal

Ulf Axelsson, överläkare Medicin geriatrik och akutsjukvård Mölndal

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin geriatrik och akutsjukvård
Möln dal

Innehållsansvar: Josefin Romskaug, (josro11), Sektionsledare

Granskad av: Ulf Axelsson, (ulfax2), Överläkare

Godkänd av: Pär Parén, (parpa1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9777-819499373-558

Version: 2.0

Giltig från: 2025-05-20

Giltig till: 2027-05-20